

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲
 جواد سیدجعفری^۱، احمد برجالی^۲، شاهین شرافتی^۳، مهدی پناهی^۴، تاجماه دهناشی لاطان^۵، سعیده عبودی^۶

The effectiveness of compassion - focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2

Javad SeyyedJafari¹, Ahmad Borjali², Shahin Sherafati³, Mahdi Panahi⁴, Tajmah DehnashiLatan⁵, Saedeh Oboodyat⁶

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، تاب آوری و امید به زندگی پرداخته‌اند. اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲ پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲ بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه بیماران مبتلابه دیابت نوع دو تشکیل می‌دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره روان یار مراجعه کرده بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر که ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه با روش نمونه‌گیری در دسترس در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۴)، مقیاس امیدواری شنايدر (۱۹۹۱) و مقیاس تاب آوری کونور - دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. یافته‌ها: درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع دو تأثیر معنادار داشت ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** بیماران که در جلسات درمانی متمرکز بر شفقت شرکت کرده بودند تاب آوری بیشتر و امید به زندگی بیشتری داشتند. **واژه کلیدیها:** درمان متمرکز بر شفقت، تاب آوری، امید به زندگی، دیابت نوع ۲

Background: Numerous studies have examined the effectiveness of treatment based on compassion, resilience, and life expectancy. But research that examines the effectiveness of compassion-focused therapy on resilience and life expectancy in people with type 2 diabetes has been overlooked. **Aims:** To determine the effectiveness of compassion-focused therapy on resilience and life expectancy in people with type 2 diabetes. **Method:** The research was semi-experimental with pre-test, post-test and control group design. The statistical population in this study consisted of all patients with type 2 diabetes who had referred to Ravan Yar Counseling Center in 2019. The sample size of the present study included 30 people, 15 of whom were in the experimental group and 15 in the control group with the available sampling method. The tool used was Gilbert's (2014) treatment plan, Schneider's Hope Scale (1991), and Connor-Davidson's Resilience Scale (2003). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. **Results:** Compassion-focused therapy had a significant effect on resilience and life expectancy in people with type 2 diabetes ($p < 0/05$). **Conclusions:** Patients who participated in compassionate therapy sessions were more resilient and more hopeful for life. **Key Words:** Compassion-focused therapy, resilience, life expectancy, type 2 diabetes

Corresponding Author: javad_jafary90@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲ Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۳ M.A. of Personality Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azad University of Science and Research, Tehran, Iran

^۴ کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ M.A. in Rehabilitation Management, Faculty of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

^۵ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات، اهواز، ایران

^۵ M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azad University of Science and Research, Ahvaz, Iran

^۶ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۶ M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azad University of Science and Research, Tehran, Iran

مقدمه

دیابت^۱ گروهی از بیماری‌های متابولیکی را در برمی‌گیرد که مشخصه آنها بالا بودن سطح گلوکز خون ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است. دیابت نوع ۱ و ۲ دو شکل اصلی این بیماری هستند و دیابت نوع ۲ تقریباً در ۹۰ تا ۹۵ درصد مبتلایان دیده می‌شود (ایگد و دیسومک، ۲۰۱۲). این بیماری با سرعت بالایی در جوامع مختلف رو به رشد است، شیوع دیابت در ایران، ۱۳/۸ درصد (پیکاری، ۱۳۹۴) در کشور آمریکا ۸-۶ درصد (مظفریان، ۲۰۱۶) و در جهان ۲/۸ درصد گزارش شده است. شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون مورد در جهان رسیده است. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (شاو، سیکری و زیمت، ۲۰۱۰). همچنین تخمین زده شده است که حدود ۲۸۲ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سطح جهان وجود دارد که نزدیک به ۷۰ درصد آنها متعلق به کشورهای در حال توسعه می‌باشند (خواجا و همکاران، ۲۰۱۰).

بیماری دیابت نوعی اختلال در سوخت‌وساز بدن است. به طوری که بدن نمی‌تواند قند موجود در خون را به‌طور کامل استفاده نماید. در طول دهه‌های گذشته، جنبه‌های روانشناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است؛ زیرا دیابت یکی از پرزحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به شمار می‌آید (عدیلی، لاریجانی و حقیقت پناه، ۲۰۰۶). این بیماری علاوه بر عوارضی که بر تعداد کثیری از دستگاه‌های مختلف بدن می‌گذارد، گرفتاری‌های روانی، اجتماعی عمده‌ای نیز دارد. کنار آمدن با این همه مشکلات و فرآیند طولانی درمان، بیماران مبتلا را دچار بحران‌های متعدد می‌کند (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۵).

عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قند خون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمانی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی سبب بروز مشکلات روانشناختی در افراد دیابتی می‌گردند (وایت و کریگ، ۲۰۰۱). یافته‌های پژوهشی با عنوان بررسی مشکلات روانی مبتلایان به دیابت نشان می‌دهد که ۴۰ درصد جمعیت مورد مطالعه دارای مشکلات

روانشناختی می‌باشند و شکایت عمده به ترتیب میزان شیوع، افسردگی، وسواس فکری - عملی، شکایات جسمانی و اضطراب گزارش گردیده است (نعمت‌پور، شهبازیان و غلام‌پور، ۱۳۸۹) و در مطالعه‌ای دیگر شیوع اختلالات روانشناختی در بیماران دیابتی بیش از ۳۶ درصد گزارش شده است (بهروز، فرهادی، بخت، اکبری و حیدری زاده، ۱۳۹۳).

تاکنون پژوهش‌هایی در خصوص اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری نظیر آموزش مدیریت تنیدگی و مداخلات مرتبط با آن در مورد بیماران دیابتی انجام شده. برخی پژوهشگران با آموزش برخی فنون به‌ویژه تنش‌زدایی و پس‌خوراند زیستی به بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ و نیز کاربرد درمانگری شناختی رفتاری، شواهدی در تأیید اثربخشی این برنامه‌ها در مهار کردن قند خون این بیماران به دست داده‌اند (سورویت، ون تیلورک، زاگر، مک کاسکیل، پارخ و همکاران، ۲۰۰۲، اسماعیل، وینکلی و ریب هشت، ۲۰۰۴، عطاری، سرتیپ پور، امینی و حقیقت، ۲۰۰۶، محرابی، فتی، دوازده امامی و رجب، ۱۳۸۷، دوازده امامی، محرابی، عطاری و روشن، ۱۳۹۲).

امروزه، اعتقاد بر این است که در درمان و مهار کردن این بیماری، یک رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی مورد نیاز است به طوری که تغییر در سبک زندگی این بیماران و پای‌بندی به دستورات درمانی، می‌تواند شیوع و مهار کردن دیابت را تا ۸۵ درصد کاهش دهد (کاسپر، ۲۰۰۵). به همین دلیل، در درمان این بیماری از واژه مراقبت جامع استفاده می‌شود تا به این عامل توجه شود که درمان دیابت، چیزی بیش از مهار کردن گلوکز خون است و باید به عوامل شخصیت - روانی - اجتماعی مؤثر نیز توجه نمود (ردمن، ۲۰۰۴، تیلور، کیم، پارکر، ۲۰۰۴، کاسپر، ۲۰۰۵). زیرا، افراد دارای سلامت روانشناختی ضعیف، انگیزه و قدرت هیجانی کافی برای مدیریت دیابت خود را ندارند (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۵). این بیماری می‌تواند با عوارض طولانی مدتی چون، کاهش سلامت روانی بیماران دیابتی، عدم پیگیری مناسب درمان‌های دارویی و رژیمی (گونزالز و پیروت، ۲۰۰۸) و افزایش مرگ‌ومیر (فیشر و همکاران، ۲۰۰۸) همراه باشد. برآورد شده که در سال بار مالی ناشی از دیابت در حال حاضر برای دولت در ایران ۹۰۰ میلیارد تومان است که این میزان بیشتر هزینه مستقیم دارویی است، همچنین در ایران ۱۶ درصد از هزینه‌های

۱. Diabetes

زندگی بیماران دیابتی نشان داد که بین روان‌درستی معنوی و باور دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد. در پژوهشی دیگر با عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر سلامت روان و امید به زندگی بیماران دیابت که در زمینه امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت انجام شد، نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود (کاظمی و صادقی، ۱۳۹۵). یافته‌های پژوهش (کیوان، علیخانی، خضری‌مقدم و رجب، ۱۳۹۸) بر درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فعالیت‌های خود مراقبتی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأکید می‌کند و این درمان را به‌عنوان یکی از انواع درمان‌هایی که می‌تواند به افراد کمک کند تا باعث افزایش فعالیت‌های خود مراقبتی و امید به زندگی بیماران دیابتی شود، معرفی می‌کند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش گرگ و همکاران (۲۰۰۷)، ون سان و همکاران (۲۰۱۱)، شایقیان و همکاران (۱۳۹۴)، نیکوگفتار و قاسمی جوینه (۱۳۹۵)، حر و همکاران (۱۳۹۷)، شاپیرو و همکاران (۲۰۱۱)، ولیدی پاک و همکاران (۱۳۹۵)، فخری و همکاران (۱۳۹۶) و خدابخش پیرکلانی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

یکی دیگر از متغیرهایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد تاب‌آوری است. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (ویت، درایور و وارن، ۲۰۱۰). همچنین، توانایی سازگاری با درد، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). در واقع، تاب‌آوری، نه پایداری در برابر آسیب‌ها و شرایط تهدیدکننده است و نه حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک است؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط سخت است (لینداستروم، ۲۰۱۱). افزون بر این پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (عشورنژاد، ۱۳۹۵).

درمان مبتنی بر شفقت به خود، سبب ایجاد یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود شده و از

بیمارستانی به بیماران مبتلا به دیابت مربوط است. از سوی دیگر در ایران هزینه معالجه یک بیمار مبتلا به دیابت در مدت یک ماه ۸۰ هزار تومان است و در صورتی که دیابت همراه با عوارض باشد این مخارج به پنج برابر افزایش می‌یابد (انوشه، ۱۳۹۰) بنابراین شناخت مشکلات روانشناختی این بیماران و تلاش در جهت رفع و یا کاهش این مشکلات، به‌ویژه در کشورهایی همچون ایران، ضروری است.

ارزیابی، تشخیص، شناسایی و مداخله برای این گونه مشکلات می‌تواند در افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری^۱ افراد مبتلا به دیابت نوع دو نقش مهمی ایفا می‌کند. همچنین با توجه به اینکه امید به زندگی بالا، باعث بهبود سلام روانی و رضایت از زندگی بیماران می‌شود، لذا تلاش برای افزایش امید به زندگی بیماران امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است (داگلی و همکاران، ۲۰۱۳، کمری و فتح‌آبادی، ۱۳۹۱). امید به زندگی در بدو تولد، معرف متوسط سال‌هایی است که یک نوزاد زنده به دنیا آمده عمر خواهد کرد، به شرط آنکه احتمال مرگ او برای سال‌های آینده زندگی مانند انسان‌های زمان حال باشد (شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۱)؛ به نقل از جعفرنیا، بادله، سیفی، حسنی و مدنی‌فر، ۱۳۹۵). امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در جامعه چقدر است و یا به‌عبارت دیگر هر عضو آن چند سال می‌تواند توقع طول عمر داشته باشد. هرچه شاخص‌های بهداشتی و همچنین درمانی بهبودیابد، امید به زندگی افزایش خواهد یافت و این‌رو این شاخص یکی از شاخص‌های سنجش پیشرفت و عقب‌ماندگی کشورها است (ماریوس، پاسکاریو، کانوداس - رومو و پل، ۲۰۱۸). افراد اگر احساس کنند که زندگی آنها معنا دار است و به ارزش‌های که به زندگی خود می‌دهند، اطمینان داشته باشند، امیدوارتر خواهند بود (برگمن، بودنر و هابر، ۲۰۱۸). در مورد اهمیت امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌توان به مطالعات مختلفی که در این زمینه انجام شده است اشاره نمود. در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی امید به زندگی در بیماران دیابتی بر اساس خودکارآمدی، حرمت خود و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، یکی از نتایج این پژوهش ارتباط معنی‌دار بین خودکارآمدی و امید به زندگی بیماران بود (دمیرچی و صمدی فرد، ۱۳۹۸). صمدی فرد (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان ارتباط روان‌درستی معنوی و باورهای دینی با امید به

^۱. Resilience

خودش است (نف، ۲۰۰۹). نتایج حاصل از این مطالعات حاکی از این است که رفتار نامهربانانه و عدم شفقت خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت (نف، ۲۰۰۹). در مقابل این مسئله نیز اثبات شده است که رفتار مهربانانه و شفقت خود، رفتاری توأم با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران را به دنبال دارد. در حقیقت نف و برتواس (۲۰۱۲) نشان دادند که افرادی که رتبه بالاتری از نظر شفقت خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت تری از خود نشان می‌دهند. از این رو گیلبرت (۲۰۰۹) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد.

درمان متمرکز بر شفقت توسط پل گیلبرت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایتگر دشواری‌هایی بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (اشورث، گریسی و گیلبرت، ۲۰۱۱). درمان متمرکز بر شفقت بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روانشناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت است (دپونه و مورونه - استروپنسکی، ۲۰۰۵). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت پرورش ذهن شفقت‌ورز است. در حقیقت، درمانگر با توضیح و تشریح توانش و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). مسائل یاد شده ضرورت تأمین امکانات درمانی مناسب در زمینه مهار کردن هر چه مطلوب‌تر بیماری دیابت را تأیید می‌نماید. بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر

سه مؤلفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی‌هاست. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد (نف، کیرک پاتریک و راد، ۲۰۰۶؛ به نقل از عبدالکریمی، قربان شیرودی، خلعتبری و زربخش، ۱۳۹۷). برخی از پژوهش‌هایی که تاکنون در رابطه با درمان متمرکز بر شفقت^۱ و تاب‌آوری صورت گرفته‌اند می‌توان به مطالعه طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، قطور، پوریچی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی (۱۳۹۷)، شیرکوند و مکوندحسینی (۱۳۹۸) و شفیع، اکبری و حیدری‌راد (۱۳۹۷) اشاره کرد.

همچنین نتایج مطالعات پیشین در ارتباط با تاب‌آوری نشان می‌دهد که افزایش تاب‌آوری منجر به توان مقابله بیشتر با مشکلات می‌گردد. بر اساس مشاهدات بلسکی (۲۰۰۲) افراد با تاب‌آوری بالا رویدادهای تنش‌زا را کمتر تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و به جای سرکوب کردن، به احتمال بیشتری در پی جست‌وجو کمک برمی‌آیند. لذا، به دلیل اهمیت زیادی که تاب‌آوری در سلامت روان افراد دارد (داودو، استوارت، ریچی و چادیو، ۲۰۱۰) همواره برای شناخت عوامل مؤثر در افزایش آن تلاش می‌شود. برخی پژوهشگران مانند هاکیتر، کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲ نیز تاب‌آوری را سازه‌ای شناختی دانسته‌اند (دهقانی، ۱۳۹۴). کهولیک (۲۰۱۱) نیز گزارش نمود که توانش شناختی و به ویژه فراشناختی مانند ذهن آگاهی می‌تواند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجانی و توانش‌های کنار آمدن، تاب‌آوری او را بهبود بخشد. درمان‌های موج سوم شناختی که مشخصه آنها تمرکز بیشتر بر عملکرد است تا محتوای شرایط تحول روزافزونی داشته (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳) و بر مفاهیمی مانند ذهن آگاهی و بافت‌گرایی، شفقت نسبت به دیگران و نسبت به خود تأکید دارند.

از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (روزمورتنه، مورا، نادال، بلد و برنگر، ۲۰۱۷). شفقت خود شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های

^۱. Compassionate treatment

جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.

جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.

جلسه چهارم: ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت‌ورز یا غیر شفقت‌ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.

جلسه پنجم: آموزش سبک‌ها و فن‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این فن‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.

جلسه ششم: آموزش توانش‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از فن‌های صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.

جلسه هفتم: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کاربر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش فنون تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.

جلسه هشتم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش

این طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه بیماران مبتلابه دیابت نوع دو تشکیل می‌دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره روان یار تهران مراجعه کرده بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر که ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه با روش نمونه‌گیری در دسترس در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) پذیرش داوطلبانه شرکت در پژوهش، (۲) عدم مصرف داروی روان‌پزشکی، (۳) نمره زیر ۱۵ در مقیاس امید به زندگی و (۴) نمره زیر ۵۰ در مقیاس تاب آوری بودند، و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل (۱) عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه درمان، (۲) عدم حضور بیمار در دو جلسه از جلسات درمانی می‌شدند. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، برای ورود به پژوهش از زوجین به صورت کتبی در رضایت گرفته شد و پژوهشگران متعهد گردیدند که اصل رازداری و فاش نکردن اطلاعات شخصی افراد را رعایت نمایند. در اندازه‌گیری اول یک پیش‌آزمون برای همه بیماران اجرا شد، در ادامه از بین بیمارانی که نمره مساوی یا کمتر از نقطه برش در پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۱۵) و تاب آوری (۵۰) کسب کرده بودند ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را در ۸ جلسه دریافت کردند درحالی‌که گروه گواه درمانی را دریافت نکردند. در نهایت نیز پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. روش تحلیل داده نیز از نوع تحلیل کوواریانس چند متغیره بود که با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزار

شرح مختصری از جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۴) تهیه شد و در ۸ جلسه به شرح ذیل اجرا گردید.

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.

بیماران با استرس پس از سانحه انجام شده است. طیف پاسخ‌گویی به آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای بوده که از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۵) می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات باهم جمع می‌شوند. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. تهیه‌کنندگان این مقیاس اعتقاد دارند که این پرسشنامه به خوبی قادر است افراد تاب‌آور و غیر تاب‌آور را در گروه‌های بالینی و غیر بالینی تشخیص دهد و می‌تواند در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود هفت عامل (احساس توانایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، احساس حمایت اجتماعی، ایمان و رویکرد عمل‌گرایانه به فنون حل مسئله) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به‌طور قطعی تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ به نقل از بشارت، عباسپور و دوپلانی، ۱۳۸۹). در پژوهش جوکار (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ پرسشنامه کانر و دیویدسون ۰/۹۳ گزارش شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری و امید به زندگی گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

مقیاس امیدواری شنايدر^۱: این مقیاس توسط گروه شنايدر و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شد و شامل اندازه‌گیری‌های خود گزارشی صفت و حالت امیدواری هستند. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال چهارگزینه‌ای است که آزمودنی از بین پاسخ‌های کاملاً غلط، تا حدی درست و کاملاً درست که به ترتیب تراز ۱، ۲، ۳ و ۴ شماره‌ای در گستره ۳۲-۸ قرار می‌گیرد. قابلیت اعتماد این آزمون روی چهار گروه نمونه برابر ۰/۸۴ بود و قابلیت اعتماد باز آزمایی ۱۰ هفته بعد آن ۰/۸۰ بود. همبستگی آن با مقیاس ناامیدی بک ۰/۵۱ و همبستگی آن با افسردگی بک برابر بود با ۰/۴۲-. این آزمون دو گزینه انگیزه (داشتن راه‌حل) و اراده (رسیدن به راه‌حل) را می‌سنجد. این آزمون روی ۴۵ آزمودنی ایرانی اجرا شد و قابلیت اعتماد آن ۰/۷۳ به دست آمده است. همچنین همبستگی آن با شادکامی آکسفورد که روی ۳۰ آزمودنی اجرا شد، ۰/۹۱ به دست آمده که نشانگر اعتبار این آزمون است. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده و نمرات پایین‌تر، نشان‌دهنده امید به زندگی کمتر در فرد پاسخ‌دهنده است. درستی و قابلیت اعتماد این مقیاس در ایران در پژوهش تأیید شده است. لازم به ذکر است که در این پژوهش از نمره کل پرسشنامه امید استفاده شد. در پژوهش حاضر قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۵ به دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری کونور - دیویدسون: این پرسشنامه توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است و جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه؛ جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به تاب‌آوری و امید به زندگی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب‌آوری	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	(۵/۴۷)۴۷/۰۸	(۸/۷۴)۵۷/۳۳	(۷/۱۷)۵۴/۱۳	(۶/۴۷)۵۴/۰۷
امید به زندگی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	(۱۱/۲۵)۶۳/۲۳	(۱۴/۲۱)۷۸/۷۶	(۰/۸۹)۳۰/۵۴	(۱/۰۰)۲۶/۷۶

2. Connor Davidson Resilience Scale

1. Snyder's Hope Scale

جدول ۲. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تاب‌آوری و امید به زندگی						
اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	۲۳۲۰/۲۶۳	۱	۳۲/۲۶۳	۳۲/۲۵۶	۰/۰۰۵	۰/۹۴
امید به زندگی	۸۷۷/۳۷	۱	۲۳۲۰/۲۶۳	۶۷/۶۸۷	۰/۰۰۵	۰/۸۷

با توجه به جدول ۲ میانگین گروه آزمایش و گواه در متغیر تاب‌آوری به ترتیب ۴۷/۰۸ و ۵۴/۱۳ بوده‌اند. پس از ارائه درمان میانگین این دو گروه در متغیر تاب‌آوری به ترتیب ۵۷/۳۳ و ۵۴/۰۷ شده‌اند. میانگین گروه آزمایش افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد و گروه گواه کمی کاهش داشته است. در متغیر امید به زندگی به ترتیب ۶۶/۲۳ و ۳۰/۵۴ بوده‌اند. پس از ارائه درمان میانگین این دو گروه در متغیر امید به زندگی به ترتیب ۷۸/۷۶ و ۲۶/۷۶ شده‌اند. میانگین گروه آزمایش افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد و گروه گواه کمی کاهش داشته است.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر تاب‌آوری به لحاظ آماری معنی‌دار نبود [P=۰/۱۹۲ > ۰/۰۵]، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر امید به زندگی نیز به لحاظ آماری معنی‌دار نبود [P=۰/۱۷۸ > ۰/۰۵]، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد.

مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار بودن میزان F در سطح ۰/۰۵ بود [F=۱/۸۶۴ P=۰/۲۵۷ > ۰/۰۵]. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که برای متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۸۵ (P=۰/۲۰۰) و ۰/۱۵۵ (P=۰/۲۰۰) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۲۰۵ (P=۰/۲۰۰) و ۰/۲۰۱ (P=۰/۲۰۰) بود، همچنین برای متغیر امید به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۷۵ (P=۰/۲۰۰) و ۰/۱۴۳ (P=۰/۲۰۰) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۱۹۰ (P=۰/۲۰۰) و ۰/۲۰۹ (P=۰/۲۰۰) بود. در آزمون انجام شده سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد که نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این

آزمون مجاز است. نتایج جدول ۲ نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد (p < ۰/۰۵). به عبارتی با اطلاعات موجود در مورد F در متغیر تاب‌آوری (۳۲/۲۵۶) و متغیر امید به زندگی (۶۷/۶۸۷) می‌توان به اثربخش بودن درمان متمرکز بر شفقت اشاره نمود. با توجه به این یافته فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت سبب افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. اندازه اثر ۰/۹۴ و ۰/۸۷ به ترتیب برای تاب‌آوری و امید به زندگی نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که فنون درمان متمرکز بر شفقت در میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو تأثیرگذار بوده است. در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴، نف و گریمر، ۲۰۱۳).

فرضیه این مطالعه مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو، تأیید شد. این یافته از پژوهش حاضر با یافته‌های قطور، پور یحیی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی (۱۳۹۷) و طاهرکرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلا به دیابت نوع دو با بسیاری از اختلالات روانشناختی از جمله

مشاوره روان یار تهران انجام شده است که این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به شهرها و افراد دیگر کاهش دهد. نحوه نمونه‌گیری نیز از نوع در دسترس بوده است که باید مورد توجه قرار گیرد. نقطه قوت این پژوهش جدید بودن استفاده از درمان متمرکز بر شفقت در بررسی افراد مبتلابه دیابت نوع دو بود. با توجه به نتایج پژوهش و تجربیات پژوهشگر در حین کاربرد روی افراد مبتلابه دیابت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر روی مشکلات دیگر این افراد به‌ویژه افسردگی و اضطراب بررسی شود. با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند تأثیرگذاری مناسبی جهت افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو داشته باشد.

منابع

- آرامی، سیدجواد؛ ثناگوی محرر، غلامرضا و شیرازی، محمود (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش گروهی با تأکید بر رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر بهبود کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن در بیماران مرد تحت درمان با متادون. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹ (۸۷)، ۳۷۵-۳۸۱.
- بشارت، محمدعلی و عباس پوردویلانی، طاهره (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای فراشناختی و خلاقیت با تاب‌آوری در دانشجویان. *نشریه روانشناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روانشناسی)*، ۵ (۱۴)، ۱۲۴-۱۱۱.
- بهرروز، بهروز؛ فرهادی، مهران؛ بخت، نسیم؛ اکبری، فاطمه و حیدری‌زاده، نسرين (۱۳۹۳). شیوع اختلالات روانشناختی در مبتلایان به دیابت: اهمیت جنسیت و تحرک جسمانی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۵ (۷)، ۵۶۱-۵۷۰.
- بیکاری، نازنین (۱۳۹۴). *مطالعه جامع در مورد روندهای ملی و فرعی، تعادل و عدم تعادل شیوع گلوکز و دیابت ناشتا در جمعیت ایران (۱۳۹۲-۱۳۶۹)*. علوم اپیدمیولوژی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- جعفرنیا، وحید؛ بادله، مرتضی؛ سیفی، حمید؛ حسنی، جعفر و مدنی‌فر، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و امید به زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت ب. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸ (۵)، ۲۷۸-۲۷۲.
- جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۲ (۲)، ۱۳۵-۱۲۲.

افسردگی و اضطراب درگیر هستند، همین موارد می‌توانند به‌راحتی فرد مبتلا را از لحاظ امید به زندگی در شرایط بد و ناگواری قرار دهند، از طرف دیگر انسان‌ها به‌طور کلی موضوع شفقت‌ورزی و مهربانی نسبت به خود را نیاموخته‌اند که این موضوع نیز می‌تواند برای آنها مزید بر علت شود. بنابراین افراد در این درمان ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی (بهوشیاری)، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس بازخوردی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (نف و گریمر، ۲۰۱۳). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسان دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این فن درمانی به‌جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت بر تنش‌زدایی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (هرویت - مایتلند، ویدال، بال و ایرونز، ۲۰۱۱).

در تبیین دیگر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که مهمترین مسئله‌ای که این بیماران با آن درگیر هستند، عدم شفقت و مهربانی نسبت به خود، عدم خودمراقبتی و در نتیجه تاب‌آوری و امید به زندگی پایین است که این مسئله بر اساس مؤلفه‌های درمان متمرکز بر شفقت قابل اصلاح است.

نف (۲۰۰۹) خود شفقتی را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. پژوهش‌های گسترده‌ای نشان می‌دهند که شفقت با سلامت جسمانی و سلامت روان ارتباط دارد (کربای، تلجین و استاندل، ۲۰۱۷). در عین حال خودشفقتی در افراد مضطرب و افسرده کمتر است (چو و همکاران، ۲۰۱۸). در همین رابطه نشان داده شده است ذهن شفقت‌ورز نسبت به خود و دیگران در زمان مواجهه با تنیدگی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری شود (بیمونت و مارتین، ۲۰۱۶). به‌طور مشابه، نتایج مطالعات نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت بر علائم تنیدگی پس از سانحه مؤثر است (آو و همکاران، ۲۰۱۷). در انتها باید به این موضوع اشاره کرد که هر مطالعه‌ای محدودیت‌های دارد. اجرای پژوهش حاضر بر روی افراد مبتلابه دیابت نوع دو مرکز

- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد و گل‌پرور، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی بسته درمان تلفیقی (سبک زندگی سلامت مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی) با درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودمراقبتی و هم‌گلوین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۲(۲)، ۶۵-۷۰.
- خدابخش پیر کلانی، روشنگر؛ رمضان ساعتچی، لیلی و ملکی مجد، مهسا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی و اضطراب مرگ و امید به زندگی در زنان سالمند. *سالمندهشناسی*، ۳(۲)، ۱۱-۲۰.
- دهقانی، هانیه (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری*. اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی روانشناسی جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران (شهریور ۱۳۹۴).
- شایقیان، زینب؛ امیری، پریسا؛ آگیلار وفایی، ماریا و بشارت، محمدعلی (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هم‌گلوین گلیکوزیله و فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۲)، ۴۱-۵۰.
- شفیعی، معصومه؛ اکبری، شیرین و حیدری راد، حدیث (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش خوددلسوزی بر احساس تنهایی و تاب‌آوری در زنان مطلقه بی‌بضاعت. *فصلنامه علمی پژوهشی شناخت*، ۵(۶)، ۸۴-۷۱.
- شیرازی، مریم و انوشه، منیره (۱۳۹۰). مروری بر تاریخچه و تحولات صورت گرفته در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان و ایران و جایگاه پرستاران در این عرصه. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۰(۵)، ۹۷۲-۹۸۱.
- شیرکوند، فریده و مکوند حسینی، شاهرخ (۱۳۹۸). *بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به ویتیلیگو*. پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران، دانشگاه شمس گنبد و با حمایت انجمن‌ها و گروه‌های آموزشی دانشگاه‌های کشور.
- صدری دمیرچی، اسماعیل و صمدی فرد، حمیدرضا (۱۳۹۸). پیش‌بینی امید به زندگی در بیماران دیابتی بر اساس خودکارآمدی، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده. *افتق دانش*، ۲۵(۲)، ۸۵-۹۲.
- صمدی فرد حمیدرضا (۱۳۹۵). ارتباط بهزیستی معنوی و باورهای دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی. *نشریه اسلام و سلامت*، ۲(۲)، ۵۵-۴۴.
- طاهر کرمی، ژیلای؛ حسینی، امید و دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تاب‌آوری، خود گسستگی، امیدواری و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز. *سلامت اجتماعی*، ۳(۳)، ۱۹۷-۱۸۹.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و زربختی، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فرا تشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۰)، ۶۶۱-۶۵۱.
- عشورنژاد، فاطمه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری و دل‌مشغولی‌های تحصیلی در دانش‌آموزان دختر نوجوان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴(۱۰)، ۵۲۱-۵۰۱.
- فخری، محمد کاظم؛ بهار، عادل و امینی، فاطمه (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر شادکامی و کاهش قندخون در بیماران دیابتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷(۱۵۱)، ۹۴-۱۰۴.
- قطور، زینب؛ پوریجی، سید مصطفی؛ داوودنیا، رضا؛ سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *ارمغان دانش*، ۲۳(۳)، ۳۶۳-۳۵۰.
- کاظمی، خرم و صادقی، ژیلای (۱۳۹۵). *بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر سلامت روان و امید به زندگی بیماران دیابت*. دومین کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی، مازندران - بابل، موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران.
- کمری سنقرآبادی، سامان و فتح‌آبادی، جلیل (۱۳۹۱). بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی و امید به زندگی در میزان رضایت از زندگی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۷(۲۸)، ۱۷۸-۱۵۹.
- کیوان، شیمای؛ خضری مقدم، نوشیروان و رجب، اسدالله (۱۳۹۶). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۷(۲)، ۱۰۵-۱۱۶.
- محرابی، علی؛ فتی، لادن؛ دوازده امامی، محمدحسن و رجب، اسدالله (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی - رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۸(۲)، ۱۱۴-۱۰۳.
- نریمانی، محمد؛ طالبی جویباری، مسعود و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). مقایسه سبک اسناد و تاب‌آوری در بین دانش‌آموزان آسیب‌دیده و عادی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۳(۱۰)، ۶۰-۴۵.
- نعمت‌پور، سرور؛ شهبازیان، حاجیه بی بی و غلام‌پور، آمنه (۱۳۸۹). بررسی

- Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety* 18, 76-82
- Davazdahemamy, M.H., Mehrabi, A., Attari, A., & Roshan, R. (2012). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Glycemic Control, Psychological Distress and Quality of Life in People with Type 2 Diabetes*, *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 57-64.
- Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D., & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 46(5), 661-670.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A Neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral Brain Sciences*, 28(3), 50-313.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Egede, L. E., & Dismuke, C. E. (2012). Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Current psychiatry reports*, 14(1), 15-22.
- Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Areal, P., Glasgow, R., & Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 25, 1096-1101
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). *Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336.
- Gonzalez, J., & Peyrot, M. (2008). Depression and Diabetes Treatment Nonadherence. A Meta-Analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 1_6.
- Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S & Irons C. (2011). Acompassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3, 47-54.
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 15, 363(9421), 1589-97.
- Khuwaja, A. K., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I. S., Rafique, G., & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated مشکلات روانی مبتلایان به دیابت شیرین. *مجله علمی پزشکی جنبدی شاپور*، ۹(۴)، ۳۵۱-۳۴۵.
- نیکوگفتار، منصوره و قاسمی جوبنه، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۴)، ۴۳۳-۴۲۸.
- وایت، کریگ ا (۱۳۹۰). *درمان شناختی-رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی*. ترجمه رضا مولودی و کتابیون فتاحی (۲۰۰۱). انتشارات ارجمند.
- ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه و معینی منش، کیومرث (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۴(۱۴)، ۷۸-۶۲.
- Adili, F., Larijani, B., & Haghghatpanah, M. (2006). Diabetic patient: psychological aspects. *Annals New York Academy of Sciences*, 1084, 329-349.
- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12(2), 39-128.
- Attari, A., Sartippour, M., Amini, M., & Haghghat, S. (2006). *Effect of stress management training on type I diabetes mellitus*, *Diabetes Care*, 10(1), 72-75.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior therapy*, 48 (2), 207-221.
- Bergman, Y. S., Bodner, E., & Haber, Y. (2018). The connection between subjective nearness-to-death and depressive symptoms: The mediating role of meaning in life. *Psychiatry Research*, 261, 269-273.
- Beaumont, E., & Martin, C. J. H. (2016). A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through Compassionate Mind Training. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 111-118.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & human development*, 4(2), 166-170.
- Chu, X. W., Fan, C. Y., Liu, Q. Q., & Zhou, Z. K. (2018). Cyberbullying victimization and symptoms of depression and anxiety among Chinese adolescents: Examining hopelessness as a mediator and self compassion as a moderator. *Computers in Human Behavior*, 86, 377-386.
- Coholic, D. A. (2011, August). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. In *Child & Youth Care Forum*, 4(40), 303-317.
- Davidson, J. R. T (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience

- reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 67(3), 267-277.
- Taylor, C., Keim, K. S., Sparrer, A., Van, J. D., & Parker, S. (2004). Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian women. *Preventing chronic disease*, 1(2), A06-A06.
- van den Boven, J., Nykkykkkkk, Pop, .. J., & Pouwrr, .. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 131.
- White B, Driver S, Warren AM. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 23-32.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- factors. *Diabetology & metabolic syndrome*, 2(1), 72.
- Kasper, D.L., Braunwald, E., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L., Fauci, AS. (2005). *Harrison's principles of internal medicine* (16th ed.), New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Kirby, J., & Gilbert, P. (2017). *The emergence of the compassion focused therapies. Compassion: concepts, research and applications*. London: Routledge, 258-85.
- Lindstroem, B. (2011). The meaning of resilience. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 13(2), 7-12.
- Mozaffarian, D. (2016). Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. *Circulation*, 133(2), 187-225.
- Marius, P., Pascariu, D., Canudas-Romo, V., & Vaupel, J. W. (2018). The double-gap life-expectancy forecasting model. *Insurance: Mathematics and Economics*, 78, 339-350.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K. D. (2009). The role of selfcompassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211- 214.
- Neff, K., & Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Journal Self and Identity*, 12, 78-98.
- Redman, K.B. (2004). *Patient self management of chronic disease (the health care challenges)*, edition. Canada, Jones and Bartlett publisher.
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An Examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Annals of Psychology*, 34(1), 63-67.
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(1), 4-14.
- Snoek, F.J., & Skinner, T.C., (Eds.). (2005). *Psychology in diabetes care*, Chichester, UK: Wiley.
- Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., et al. (2002). Stress management improves long -term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 30-34.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., L. M., Irving, S. A., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Smith C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 17-30.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress